# Entrada n.º       /

Data      /      /

# O Funcionário       Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Oliveira do Bairro

# Praça do Município,

# - 851 Oliveira do Bairro

1. **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** (preencher em maiúsculas)

**Nome Completo**

**Morada**

**Código-Postal** **Localidade**  **E-mail**

      -

1. **OBJETO DO PEDIDO**

**Vem requerer a V. Exª:**

A atribuição do CARTÃO *abem* – REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO (ao abrigo do protocolo celebrado entre a Associação Dignitude e o Município de Oliveira do Bairro).

1. **INFORMAÇÃO RELATIVA AOS ELENTOS DO AGREGADO FAMILIAR**
2. **IDENTIFICAÇÃO** (preencher em maiúsculas)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Parentesco** | **Estado civil** | **Data de Nascimento** |
|  | Requerente |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, NIF, NISS E SAÚDE (preencher em maiúsculas)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elemento do agregado** | **Documento de identificação** | | | **NIF** | **NISS** | **Saúde** | |
| **Tipo de documento** | **Nº** | **Validade** | **Sistema** | **N.º** |
| Requerente |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

1. **OUTROS ELEMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elemento do agregado** | **Nacionalidade** | **Profissão** | **Contacto telefónico** |
| Requerente |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

1. **FONTES DE RENDIMENTO**

**Assinalar com X, quando aplicável, e anexar os respetivos comprovativos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonte(s) de Rendimento** |  |  |  |
| Trabalho dependente |  | Prestações sociais[[1]](#footnote-1) |  |
| Trabalho independente (empresariais e profissionais) |  | Subsídio mensal[[2]](#footnote-2) |  |
| Rendimentos de Capitais |  | Apoios à habitação com caráter de regularidade |  |
| Rendimentos Prediais |  | Bolsas de estudo e de formação |  |
| Pensões (incluindo as pensões de alimentos) |  | Outro. Qual? |  |

1. **DESPESAS MENSAIS**
2. **Renda de casa ou prestação mensal relativa a empréstimo bancário (referir o valor mensal, quando aplicável, e anexar ao requerimento o respetivo comprovativo):**
3. **Despesas mensais de Água, Luz e Gás**

**Referir o valor médio mensal e anexar ao requerimento os respetivos comprovativos:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Valor médio mensal** |  | **Valor médio mensal** |  | **Valor médio mensal** |
| Água |  | Luz |  | Gás |  |

1. **FATORES DE VULNERABILIDADE DO AGREGADO**

**Assinalar com X, quando aplicável, e anexar os respetivos comprovativos:**

1. Agregado em situação de insolvência
2. Vítima de violência doméstica
3. Elemento(s) do agregado com doença crónica ou doença grave
4. Elemento(s) do agregado com incapacidade (grau igual ou superior a 60%)
5. Agregado familiar a viver em condições habitacionais indignas (situação de precariedade, sobrelotação, insalubridade/insegurança ou inadequação, de acordo com estabelecido no artigo 5.º do Decreto-Lei nº 37/2018 de 4 de maio)
6. Agregado familiar com um ou mais elementos com doença mental, confirmada por declaração médica e situação grave de exclusão ou risco social, confirmada através de informação social, em que o tratamento medicamentoso é relevante para o seu processo de inclusão

**NOTA:** As situações referenciadas nas alíneas e) e f) devem ser assinaladas, sempre que aplicável. Obrigam, todavia, a avaliação e informação social, por parte dos serviços da Ação Social da Câmara e/ou de outros Serviços de Ação Social, com responsabilidade no acompanhamento da família.

1. **DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos efeitos, que não sou titular, nem nenhum elemento do meu agregado familiar, de outros rendimentos para além dos assinalados e comprovados para efeitos deste pedido e assumo inteira responsabilidade pela exatidão de todas as informações constantes deste requerimento, tendo conhecimento de que falsas declarações implicam os respetivos procedimentos legais. Autorizo, também, os serviços da Câmara Municipal de Oliveira do Bairro a efetuar as averiguações necessárias à análise deste pedido e, caso o mesmo seja aprovado, comprometo-me a informar de todas as alterações relevantes que possam interferir com a manutenção do *Cartão abem*.

     ,       de     de      (local, dia, mês, ano)

Assinatura do requerente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentos anexos ao requerimento (assinalar com X, sempre que aplicável):**

1. Comprovativo de residência no município (certificação de domicilio fiscal ou outro documento considerado válido tal como fatura de água, luz ou gás, etc.)
2. Comprovativos dos rendimentos auferidos por todos os elementos do agregado familiar, nomeadamente:
3. Última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação ou declaração de isenção emitida pelo Serviço de Finanças
4. Três últimos recibos de vencimento dos elementos do agregado familiar, quando aplicável
5. Comprovativo do valor de reformas, pensões, incluindo pensões de alimentos, prestações sociais ou subsídios, quando aplicável
6. Declaração ou extrato bancário relativo aos rendimentos de capitais, de todos os elementos do agregado familiar, quando aplicável
7. Comprovativo do valor de Bolsa de Estudo ou Formação, quando aplicável
8. Apoios à habitação com caráter de regularidade, quando aplicável
9. Certidão emitida pelo serviço de Finanças atestando a existência ou inexistência de bens móveis e imóveis de todos os elementos do agregado familiar
10. No caso de desempregados, declaração do Centro de Emprego comprovativa da situação de desemprego e da disponibilidade para integração profissional
11. Comprovativos das despesas fixas mensais dos 3 meses anteriores à realização do pedido de atribuição do cartão *abem*, nomeadamente:
12. Renda ou prestação mensal relativa a empréstimo bancário com habitação própria permanente
13. Despesas mensais com água, luz e gás
14. Comprovativos das despesas mensais com medicação, de todos os elementos do agregado familiar
15. Comprovativo de situações de vulnerabilidade, quando aplicável, nomeadamente:
16. Comprovativo de insolvência
17. Comprovativo de regulação das responsabilidades parentais, nas situações de monoparentalidade
18. Comprovativo da situação de vitima de violência doméstica, emitido pelas autoridades judiciais ou órgãos de polícia criminal competentes
19. Declaração médica comprovativa de doença crónica ou doença grave, deficiência ou incapacidade, quando aplicável. As situações de doença mental referidas na alínea c) do n.º 6 do ponto III devem ser devidamente especificadas.

1. Todas exceto as prestações por encargos familiares, por deficiência e por assistência de terceira pessoa [↑](#footnote-ref-1)
2. Recebido no exercício de atividades ocupacionais de interesse social relacionadas com programas na área do emprego [↑](#footnote-ref-2)